Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Universität
Halle-Wittenberg
Direktor: Prof. Dr. Voelcker.

Ueber Stieltorsion des Hodens.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Hans Hirschfeld

aus Kolberg.

Referent: Professor Dr. Voelcker.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Druck von W. Hendrichs, Halle a. S.
1922

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534926_0354

Die Stieltorsion des Hodens hat sich als besonders eigenartige Erkrankung ständig des Interesses der Chirurgen erfreut, wovon die hohe Zahl der publizierten Fälle im Vergleich zu der relativ seltenen Erkrankung Kenntnis gibt. Die ersten Veröffentlichungen in der Literatur finden sich von Hahn und Delassiauve, doch erst Nikoladoni hat das Wesen der Erkrankung anatomisch und klinisch richtig erfaßt. Die Zahl der bisher veröffentlichten Beobachtungen wird wohl das zweite Hundert überschritten haben.

In der chirurgischen Universitäts-Klinik zu Halle wurde ein 9jähriger Knabe unter Appendicitisverdacht eingeliefert, bei dem eine Vergrößerung des Hodens und Nebenhodens festgestellt wurde. Bei der sofort vorgenommenen Operation war der Appendix ohne Befund, der Hoden erwies sich jedoch als torquiert. Es wurde die blutige Retorsion vorgenommen und der weitere Verlauf des Krankenbettes blieb ohne Komplikationen.

Zum Zustandekommen einer Hodentorsion gehören anatomische Prädisposition und auslösendes Moment. Sind nicht nur Vorder- und Seitenfläche des Hodens sowie Kopf des Nebenhodens in den Processus vaginalis peritonei hineingestülpt, sondern auch Hodenhinterfläche, ganzer Nebenhoden und Teile des Samenstranges, so haben wir es mit einer „Stielung" des Hodens zu tun, die eine Torsion stark begünstigt. Da Gefäße und Nerven sich zu verschiedenen Regionen von Hoden und Nebenhoden begeben, kommt es bei einer Drehung des Testis um seine horizontale Achse nach unten, der sogenannten „Inversio testis horizontalis", zu einer Zweiteilung des Gefäßnervenbündels, die für das Zustandekommen einer Stieldrehung von Bedeutung ist. Auch eine platte Gestaltung des Hodens wirkt häufig begünstigend für das Eintreten einer Torsion. Einen sehr wichtigen Platz beanspruchen die im Verlauf einer Retention eintretenden Samenstrangtorsionen. Am häufigsten verfallen Leistenhoden der Drehung, was mit den anatomischen Verhältnissen des retinierten Hodens zusammenhängt. Am seltensten sind Bauchhoden von einer Stieltorsion betroffen. Die auslösenden Momente sind meistens Traumen, deren Schwere sehr wechselt. Mitunter genügt die kleinste Veranlassung wie Spazierfahrt oder Ritt. Sehr häufig findet sich die Angabe, daß die Torsion plötzlich bei schwerer Arbeit entstanden sei. Grad und Richtung der Drehung sind verschieden. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Drehungen von 180^0 oder dem mehrfachen hiervon. Man findet häufiger Rechts- als Linksdrehungen verzeichnet. Eine besondere Bedeutung kommt dem Alter zu. Die Zeit von 15—25 Jahren, die Entwicklungsjahre, sind als das eigentliche Alter der Samenstrangdrehungen anzusehen. Bei Betrachtung der Berufe tritt hervor, daß es sich besonders um Leute handelt, die reichliche Bewegung im Freien haben.

Die pathologisch-anatomischen Bilder zeigen bei allen Fällen eine große Uebereinstimmung. Hoden, Nebenhoden und Samenstrang unterhalb der Drehungsstelle sind stark geschwollen und weisen eine mehr oder weniger blauschwarze Färbung auf. In der Tunica vaginalis findet man einen blutig serösen Erguß. Die Struktur des Hodens ist auf dem Durchschnitt nicht mehr zu erkennen, die Schnittfläche ist blaurot und strotzend mit Blut gefüllt.

Die Symptome der Samenstrangtorsion können sehr verschieden sein. Einmal ist es ein akuter, mehr oder weniger heftiger und bald wieder vorübergehender Schmerz, der sich in kurzen Abschnitten wiederholt, in anderen Fällen setzt der Ausfall von vorneherein sehr heftig mit stärksten Schmerzen ein, die nur sehr langsam nachlassen. Die lokalen Symtome sind je nach der Lage des Hodens verschieden. Beim Leistenhoden findet sich eine endzündliche und schmerzhafte Schwellung in der Leistengegend. Ist der Hode im Scrotum, so handelt es sich um einen mehr oder weniger vergrößerten Tumor der betreffenden Scrotalhälfte, die meistens recht empfindlich und schmerzhaft ist. Meist wird inkarzerierte Hernie diagnostiziert, die auch mit Hodentorsion kompliziert sein kann. In späteren Stadien kommt Verwechslung mit Tuberkulose oder Tumor in Betracht. Auf ein wichtiges Symptom macht Brunzel aufmerksam, nämlich einseitigen Hochstand und Fixierung des torquierten Hodens.

Die Prognose ist quoad vitam günstig; weit größer sind die Gefahren für die Erhaltung des Hodens. Nach 32—80 Stunden ist eine Detorsion ganz zwecklos. Der Hode verfällt entweder aseptischer Nekrose oder er atrophiert. Die frühzeitige Diagnose ist daher von der größten Wichtigkeit.

Die Therapie der Hodentorsion soll möglichst aktiv gestaltet werden. Im akuten Stadium, d. h. innerhalb der ersten 22 Stunden, in denen noch eine Erholung des Hodens möglich ist, kann die Detorsion durch äußere Handgriffe versucht werden, oder, noch besser, man kann durch operatives Vorgehen den Hoden zu erhalten versuchen, wie es in unserem Falle gelungen ist. Zu einem Versuch, den Hoden zu erhalten, wird man sich vor allen Dingen dann entschließen, wenn der andere Hode fehlt oder funktionsunfähig ist. Um einem Recidiv vorzubeugen, fixiert man den Hoden nach der Detorsion nach der Methode von Dowden. Kommt eine Hodentorsion erst nach 22 Stunden zur Operation, und braucht man wegen intaktem anderen Hoden keine Rücksichten zu nehmen, so kommt nur Kastration in Frage. Hatte man versucht, den detorquierten Hoden zu erhalten, so wurde er fast immer nekrotisch abgestoßen. Diesem Ausgang gegenüber muß die Kastration als das kleinere Uebel gelten.